

La mujer como cuidadora en la historia de la Enfermería

Maria Nubia Romero B.

Hablar del desarrollo del rol cuidador en Enfermería implica, necesariamente, hablar del desarrollo del sujeto hacedor de dicha actividad, es decir de la Mujer. Así hablaré desde las cuidadoras, porque la Enfermería, al igual que el cuidado, tiene sus raíces y su historia en la construcción de lo femenino. Y porque la evolución del rol cuidador es expresión, entre otros aspectos, de los cambios logrados por la mujer en su propósito de igualdad y equidad de género.

No son fáciles para una mujer las cargas y responsabilidades que implica la trilogía Mujer, Enfermera y Educadora, cuando reúne en Una las historias de opresión, marginación, alienación e injusticia, además de los retos por superar estas condiciones y posicionarse como sujeto social en el marco de la estructura política y profesional, abriendo caminos y consolidando espacios libertarios y triunfantes en sus diferentes roles sociales que la historia le ha asignado.

Y como la historia de los seres humanos y de sus oficios está determinada por las condiciones sociales y culturales específicas de cada grupo, el cuidado y la Enfermería tienen sus rasgos particulares que los identifican. En su situación, aún de dependencia y posición de segunda en la sociedad, se hace necesario analizar algunos de los componentes que definen de una u otra manera el perfil de la cuidadora, que tiene cuerpo e historia de mujer-enfermera.

Revisar nuestra historia brevemente desde la inequidad social y de género implica examinar la manera como construimos nuestra subjetividad y nuestras maneras de ver, sentir y teorizar frente al mundo; implica revisar las conexiones y puntos de encuentros y desencuentros con los otros y las otras, con las demás profesiones y con el mundo de la vida en general.

Nuestra subjetividad femenina tiene su manera típica de ser, de pensar, de sentir, de participar y hablar en el mundo porque es un constructo cultural que se expresa mediante el lenguaje. Pero esta subjetividad ha estado fundada por siglos desde el discurso dominante, que es un discurso masculino, un discurso donde lo femenino ha estado oculto porque pertenece al mundo de la subordinación, la marginación y lo privado. Un discurso masculino que a pesar del avance y el desarrollo de la Enfermería, ganando estatus y prestigio, aún nos domina. Oigo discursos, leo artículos, en los que el objeto central es una fuente femenina, sin embargo, toda la palabra está inmersa en referentes masculinos, nos dirigimos a un auditorio como éste, lleno de mujeres, y nos referimos a los enfermeros (mundo de lo masculino), olvidamos que el 99% de las personas que nos acompañan somos mujeres. Esta es una trampa del lenguaje, porque "lo que no se nombra no existe". Yo sólo pido que nos nombremos en igualdad de género, que no nos invisibilicemos, pero tampoco olvidemos a nuestros hombres. Esto no es algo baladí o ganas de molestar, tiene profundas implicaciones ideológicas y mucho sentido en la gesta por la equidad de género, contra el sexismo y la discriminación.

Con la división sexual del trabajo, las actividades de las mujeres se escinden entre el trabajo remunerado, identificado como productivo, y el doméstico, considerado improductivo. Cuando el cuidado de la vida y la salud se brinda de manera institucional y profesional se cataloga como trabajo remunerado, no así cuando ocurre en el espacio familiar. A partir de allí, se favorece y refuerza la subordinación que se inicia en la esfera económica y se expresa dentro y fuera del hogar, en sus tareas de reproducción biológica y reproducción social. Y como afirma Jaime Breilh:

"Toda concentración de poder y subordinación es patógena" y se expresa en profundas exclusiones e inequidades en lo social y lo profesional.

Hablar de la mujer y del cuidado es hablar de una misma historia desde que la mujer perdió poder frente al hombre; desde entonces, ambos pertenecen al mundo de la exclusión y de la inequidad. Por ello, la mujer y el cuidado no han tenido el reconocimiento social de su rica diversidad. El cuidado tiene sus raíces en el afecto, en lo mágico-religioso, lo histórico-social y lo femenino. Por eso la historia del cuidado y de la mujer está articulada. El cuidado está ligado a la imagen de mujer y la mujer ligada al cuidado, por su capacidad de engendrar y parir la humanidad, por su capacidad de apropiación y representación mental del mundo, por su sensibilidad y conocimiento de la naturaleza, por el dominio que ha ejercido sobre ésta, por su capacidad de explorar y encontrar sus secretos, por su capacidad de hacerla trascender para el cuidado de la vida y la salud.

Pero también, la historia de la mujer y del cuidado ha estado ligada a la hechicería, a la brujería, al hostigamiento y la incompreensión social y cultural de la ideología dominante, sobre el uso de sus recursos naturales, creencias y valores para el cuidado de la salud a través de las hierbas, la música, los rituales y rezos. Estos llegaron a convertirse en indicios y pruebas contundentes de "supuestos pactos con el diablo", por la incompreensión y la intolerancia sobre el poder de cuidar y curar que las mujeres tenían. Nuestra historia colonial tiene varios referentes, un ejemplo fue lo sucedido con "la india Constanza" a la cual se le acusa de matar con hierbas a Don Pedro Meléndez. Se dice que es...

"...curandera y hechicera porque muchas personas la han llamado para curar y que este testigo la ha visto hablar con el demonio... y le oyó que ella estaba a solas con un calabacín en la mano y que dentro tiene unas frutitas coloradas y con éstas hace sonar y que los indios llaman cascabel. Y ella lo estaba teniendo de rato en rato para hablar en su lengua y este testigo respondió que le respondía otra voz muy delgada.

Esta relación mágica del cuidado, otorgada por la mujer y hostigada por la ideología autoritaria, se manifiesta como una lucha por el poder del conocimiento. A la mujer, que socialmente no tenía valor ni estatus, no se le podía reconocer con equidad su capacidad para "curar", pues esto, curar, supone poder-saber para otorgar o quitar la vida de alguien, y esa potestad era exclusiva del poder masculino, ligado al poder divino y al del Estado; así que la mujer no estaba en igualdad de condiciones para tener acceso y control sobre los recursos que le permitieran reconstruirse como sujeto social activo y participante en el dominio de curar y cuidar. La mentalidad Colonial y la Inquisición no podían soportar tal emulación con el poder masculino. Aquí la mujer perdió toda posibilidad de "curar" y se le relegó exclusivamente a las prácticas de cuidado doméstico.

La estructura social y familiar le ha otorgado por siglos estos roles a las mujeres como alternativa de sobrevivencia personal, familiar y social. La mujer cuida la tierra, los animales domésticos, las hijas e hijos, el marido, la madre, el padre y los demás parientes del núcleo familiar que por extensión debe proteger; es decir, la mujer ha sido la responsable histórica de recuperar la fuerza de trabajo, tarea invisible pero de grandes repercusiones sociales y económicas. Existe un gran desconocimiento sobre cuánto ha sido el aporte histórico en lo económico para el Estado del cuidado que la mujer ejerce en el espacio familiar o institucional al recuperar la fuerza de trabajo, ejerciendo la doble o triple carga laboral.

La mujer y el cuidado son referentes de abnegación y capacidad de servicio. Estos valores están ligados a la moral cristiana, que orienta sus actos y que ha contribuido a construir el estereotipo de lo femenino desde "el pecado original" y con él la culpa en lo familiar o en lo institucional. La teología Cristiana, a pesar del discurso igualitario de su fundador, sustentado en su enfrentamiento contra el poder romano y la esclavitud, va dejando amplias grietas para que sus raíces judías y la escolástica se impongan.

Desde el mismo Génesis vienen las concepciones inferiorizantes y discriminatorias contra la mujer. Dios, que es masculino, dice el Génesis, creó primero al hombre y de su costilla hizo a la mujer (posición subordinada). En el relato la mujer es la responsable del pecado, de la pérdida del

hombre y, en consecuencia, la que carga con el castigo divino: "agravarás tus trabajos y parirás con dolor", es la sentencia histórica desde lo religioso.

Pero en el contexto de estas inequidades sociales, ideológicas y de género podemos afirmar que no hay un orden natural que determine la condición de vida de la mujer y sus roles. Son las condiciones históricas, socioeconómicas, culturales y sociales las que moldean sus funciones y carácter. Y, como todo cambia, nada puede hacer pensar que los roles de género sean inmutables, máxime cuando hablamos de una forma social tan sensible para los humanos, como es el cuidado. Una muestra de ello es la incorporación de hombres a la formación profesional de enfermería.

Un gran referente histórico de mujer cuidadora será siempre para nosotras Florence Nightingale, pues fue la encargada de realzar el cuidado, de lo doméstico y lo religioso, a una práctica profesional. Esta circunstancia estuvo ligada a las necesidades médicas de tener un mejor equipo de salud, que era demandado por el desarrollo de la Medicina con los avances investigativos con relación a los microorganismos y la terapéutica antibiótica. El desarrollo del capitalismo, con el avance de la industrialización, también requería mano de obra calificada para cubrir las necesidades de los hospitales que iniciaban su establecimiento y a su vez las reformas hospitalarias.

La imagen que Florence Nightingale expresa ante la sociedad de esa época y el medio hospitalario es de audacia, inteligencia y dominio de sí misma. Vivió en un medio caracterizado por "el amor a las artes, las ideas religiosas ortodoxas, los sentimientos filantrópicos", y su formación intelectual "abarcó los conocimientos de filosofía, historia, artes, matemáticas, estadística, religión... dominio de diferentes lenguas, la percepción de aspectos relacionados con la política, la economía, los sistemas de gobierno, los conceptos de libertad, condiciones sociales" etc. Esta actitud asumida fue, obviamente, favorecida por su posición social alta y la formación intelectual que había logrado, la cual le permitió hacer lo que hizo por la profesión y la Mujer en ese momento histórico difícil para una Mujer dedicada al cuidado de enfermos, por las condiciones de desigualdad tan marcada entre géneros.

Florence fue una mujer de extracción burguesa, de la alta aristocracia, que tuvo una gran oposición de sus padres por ser Enfermera; nació y vivió en el período histórico en que ninguna Mujer tan instruida y de esa posición social era enfermera, sólo ella podía iniciar la reforma de la profesión y supo aprovechar sus capacidades, cualidades, energía y carácter, además del apoyo político, material y moral que sus amigos miembros del gobierno le ofrecían. Fue Superintendente de Enfermeras en el momento crítico de los ingleses durante la guerra de Crimea, y se dedicó al saneamiento público de los pabellones del hospital

Su valiosa actividad frente a esta situación le valió el respeto de la opinión pública y la sociedad inglesa. También tuvo serios obstáculos, por ser Mujer, pues la sociedad, aunque reconocía su labor, le restringía su igualdad social con el hombre —una expresión total de inequidad—. Tuvo que enfrentarse en muchas ocasiones, como sigue ocurriendo, con el poder médico, poder hegemónicamente masculino, en aquel campo de batalla. Aquellos le hacían saber de su hostilidad y desconfianza por sus propuestas organizativas en torno al cuidado e higiene de los enfermos y de los lugares en que eran atendidos, y del manejo administrativo que imponía. Todas estas experiencias fueron la fuente de inspiración para proponer las reformas en la formación de enfermeras y sus diferentes concepciones con relación al objeto de atención, cualidades de la mujer-enfermera y conocimientos necesarios en el aprendizaje.

La influencia conceptual y práctica de la profesión que esta mujer impuso en Europa, también se asumió América. En Colombia, aunque en 1903 se propone la formación de enfermeras en la Universidad de Cartagena, sólo hasta 1937 toma cuerpo la propuesta del ingreso de la Mujer a la vida universitaria como respuesta a la necesidad de generar una nueva alternativa en la división del trabajo. Esta situación corresponde a las necesidades de transformación en la atención de salud y a la capacitación del recurso humano para garantizar un desarrollo armónico al país, el cual había iniciado, desde los años 30, el desarrollo industrial. En este período se realizaron reformas constitucionales (año 36) en Salud y Educación. Esta reforma apuntó, en el sector de la educación, principalmente a contrarrestar el poder eclesiástico, declarando la libertad de culto. En el sector

Salud se reglamentó el manejo jurídico de los establecimientos de salud con relación a la destinación de fondos y el manejo de las Juntas de Beneficencia.

Y como lo estamos conmemorando en este III Congreso de ex alumnas(os), con la "ley 39 del 22 de octubre de 1920 se creó la Escuela de Comadronas y enfermeras, anexa a la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia ... que funcionó hasta 1937 y otorgó título a 90 egresadas. Este valioso recurso humano fue gestado por medicina en búsqueda de colaboradoras capacitadas para la atención de los enfermos hospitalizados, a quienes se les concede un campo particular del hacer, el que se desarrolla mediante la instrucción práctica ofrecida por religiosas bajo la conducción médica". Así se inicia la enfermería con un sistema profundamente dependiente y jerárquico con el poder médico.

Como consecuencia de los poderes otorgados a la Universidad Nacional como centro piloto para las demás universidades del país (decreto 260 de 1936), todos los programas de Enfermería que nacieron y se fortalecieron a partir del 37 fueron creados con una mayor cualificación profesional y bajo la orientación de enfermeras norteamericanas. Hoy, después de 80 años de progreso y fisuras sistemáticas con el poder de dependencia y la subordinación médica, se puede afirmar que estamos en el camino de la construcción de autonomía.

Pero pese a reconocer la importancia de los pasos logrados y de los cambios positivos que se han dado en el mundo y en nuestro país, la situación de las mujeres sigue hoy signada por la discriminación y la pobreza, la violencia y la negación de ser para sí y desde sí. Y las enfermeras no escapamos a esta realidad, pues en este proceso de flexibilización laboral neoliberal que se inició hace más de 10 años, profesiones como la nuestra, femenina, donde el Estado y los diferentes gobiernos nos ubican como profesiones de segunda, de servicio invisible y poco rentable, no somos objeto central de valoración y estima. Fácilmente se puede prescindir de nosotras en épocas de crisis económicas como éstas, donde se disminuye drásticamente el gasto social y todas aquellas actividades vitales para el desarrollo humano, catalogadas como servicio público para ser subsumidas por el valor de la rentabilidad económica.

La enfermería sigue siendo considerada socialmente una profesión de ayudantía para el médico en el campo instrumental, pero nunca como aportante conceptual, a pesar de sus logros prácticos y avances teóricos que de manera particular Grupos de enfermeras/os vienen logrando al centrar el objeto de estudio de la enfermería y abrir la discusión seria, argumentada y sistemática. En el espacio de lo asistencial y con menor fuerza en lo académico, se siguen expresando los roles de lo femenino en la subordinación y marginación a través de las relaciones de poder médico-enfermera. La mayoría de médicos se resisten a los avances de enfermería, especialmente cuando estas ocupan cargos de autoridad y poder. No dan espacio ni lugar para establecer unas relaciones de equidad aunque reconozcan las capacidades de las mujeres enfermeras, se niegan a confrontarse teórica o conceptualmente, la razón no tiene peso, sólo la fuerza visceral de perder espacios y "poder funcional" es la razón de su oposición.

(Ejemplos de esto sobrarían, ustedes conocen, muchas habrán sufrido situaciones aberrantes de este tipo, pero déjenme contarles una anécdota de estos días en la Facultad de Medicina de la UPTC. Resulta que una Enfermera fue designada decana de la facultad y la cólera de un grupo de médicos, no todos afortunadamente, pero sí la mayoría ha sido tal, que han propiciado un ambiente negativo de trabajo y llegado a la estupidez de afirmar que ni por nada permitirán que una enfermera firme los diplomas de los médicos que egresarán en diciembre).

El análisis de género, con los aportes de las teorías feministas, han posibilitado a mujeres y hombres de profesiones femeninas detenernos a mirar hacia adentro, hacia la construcción de nuestra subjetividad e identidad para reconocer nuestros influjos de ideas culturales, nuestras interacciones con el mundo de la vida, a reconstruir conceptos, signos y símbolos en medio de la diversidad y la diferencia de género y clase social. Estamos entendiendo que cualquier subordinación y marginación sólo la podemos enfrentar cuando la reconocemos de frente, cara a cara, es decir, comprender nuestros roles como construcciones culturales y sociales sobre las cuales podemos actuar para modificarlas, para incidir sobre ellas y para apropiarnos de nuestra historia y autoestima; reconocer, por ejemplo, que para cuidar la vida y la salud relacionadas con

la función genésica y materna de la mujer es necesario primero que todo reconocernos a nosotras mismas en nuestro cuerpo, nuestra sexualidad, nuestros deseos, tabúes y temores heredados o aprendidos, es preguntarnos por nuestros placeres y satisfacciones, es aprender a tener respeto por sí misma y potenciar el derecho a decidir por sí misma.

Otras formas que estamos aprendiendo para combatir la subordinación y la enajenación se expresan en los avances que en estas dos últimas décadas enfermería ha logrado en la transformación de su práctica y de la capacidad de autonomía y autorregulación profesional que estamos demostrando. De igual manera se ha trascendido, en lo particular, de lo instrumental a lo conceptual. Una observa evoluciones cualitativas de la enfermería, por ejemplo: hoy explicamos lo biológico pero lo comprendemos en su dimensión histórico-social, y estamos incursionando en abordajes con perspectiva de género. Estamos transformando nuestros métodos pedagógicos rígidos y verticales para reconstruirnos como sujetos sociales e intervenir con sentido de equidad en los procesos de aprendizaje; también intentamos poner la investigación como un eje central en la formación profesional para lograr autonomía e identidad conceptual. Las/os profesionales de enfermería continuamos liderando nuestros propios proyectos académicos y de investigación, indagando desde nuestras raíces y pluralidad cultural para construir identidad profesional y de género. Estamos debilitando la tensión puesta entre quienes trabajan lo clínico y lo comunitario, encontrando fortalezas mutuas y complementarias con principios de solidaridad de género. El temor a perder identidad cuando nos confrontamos con otros saberes e imágenes de autoridad va perdiendo piso cada vez más, pues hemos aprendido que en la argumentación y contraargumentación está la validez de lo que pensamos y hacemos y que corregir o replantear perspectivas teóricas o prácticas es fuente de enriquecimiento profesional y personal. Todo lo anterior nos está posibilitando un encuentro con la palabra, con la escritura, con la capacidad de comunicar más bien que mal lo que reconstruimos conceptualmente frente al cuidado de la vida y la salud.

Esta confrontación, que cada vez es más frecuente en nuestro medio profesional, junto con los anteriores alcances, son indicadores de que mujeres y hombres de enfermería entramos en procesos de empoderamiento con firmeza y seguridad. Mañana, o muy pronto, esperamos poder decir que la mayoría de enfermeras/os asumen el poder conceptual, político y práctico como fuente de identidad y autonomía.

Sin una mirada particular de lo que somos como sujetos sociales en una profesión construida en el influjo cultural de una ideología dominante en la vida social y un poder médico en la vida profesional no podremos trascender a nuevas formas de relacionarnos y construir interacciones con equidad y justicia social. No podremos cuidar desde el otro y la otra, no podremos comprender la experiencia vital humana que se desarrolla en el proceso de salud-enfermedad, no lograremos comunicarnos en una relación intersubjetiva, no podremos construir conocimiento propio, como tampoco podremos romper con la marginación y la dependencia.

Es necesario, entonces, reconocernos como colectividad para asumir las consecuencias de nuestra subordinación y las posibles alternativas para su desenajenación. Somos Mujeres antes que enfermeras y docentes, por tal motivo, considero, priman los rasgos generales que he descrito de la situación como Mujer, pero reforzados con las características propias que hemos construido alrededor del cuidado de la vida y la salud. Tenemos una fuerte homogenización en el proceso de socialización en la enseñanza de Enfermería como el sentido de responsabilidad, de disciplina, de respeto sumiso por la norma y la autoridad y aún fuertes rasgos de subordinación frente al médico. Rasgos que corresponden al modelo "viejo" de lo femenino, que socialmente nos otorgaron en términos de docilidad, caridad, sumisión, obediencia, escasa autoestima y vivir para el otro; y todo esto debemos reconstruirlo. Hoy recogemos cualidades como la ternura y la sensibilidad social para ofrecer un modelo crítico, analítico, con gran capacidad decisoria, de intervención y de reconocimiento por sí misma y por las demás y aprecio por la autonomía y la capacidad de empoderamiento.

Termino recordando las palabras de DOLORS COMAS, que nos refuerzan la complejidad del concepto de cuidado y su articulación en el proceso de identidad de género: "El cuidado demanda

tanto amor como trabajo, tanto sentimiento como actividad. Por un lado contribuye a la definición de la persona y de las relaciones sociales que la integran (producción de identidades). Por otro lado, son (sic) parte integral del proceso por el que la sociedad se reproduce a sí misma y mantiene la salud mental y física de sus componentes (reproducción social).”

Así que puedo finalizar afirmando con la barranquillera Everlyn Damiani:

“Despertamos del olvido hermético donde sobrevivíamos sin deseo...”